1895
Lane Medical Library

# Die neueren Prolapsoperationen.

---

**Inaugural-Dissertation**

zur

**Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie,**

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

**vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg**

zugleich mit den Thesen

**Sonnabend, den 15. Juni 1895, Mittags 12½ Uhr**

öffentlich vertheidigen wird

**Johannes Rauhut**

aus **Neurode** in Schlesien.

---

Referent: Herr Prof. Dr. **Fehling.**

Opponenten:

Herr Dr. med. **Otto Schrader.**

Herr cand. med. **Victor Goetze.**

**Halle a. S.**
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1895.

Imprimatur

Prof. Dr. **Bernstein**

h. t. Decanus.

Seiner lieben Mutter

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0278

Von allen Lageveränderungen der Gebärmutter ist der Prolaps als eine der schwersten anzusehen, da dieses Leiden sich nicht nur durch eine grosse Zahl subjektiver Symptome der unglücklichen Kranken offenbart, sondern auch die objektive Wahrnehmung — das Entstellende, Widerwärtige, ja Ekel erregende — der von diesem Übel befallenen Patientin ihren unglücklichen Zustand vor Augen führen muss und somit auch depressiv wie keine andere auf ihre Psyche zu wirken imstande ist. Man muss sich daher wundern, dass man erst in unserem Jahrhundert daranging, den Vorfall operativ zu heilen. Gérardin war einer der ersten, der das auch heute noch in der Mehrzahl der Fälle befolgte und auch ausreichende Prinzip zur Heilung des Prolapses aufstellte: durch den Effekt einer plastischen Operation dem prolabierenden Uterus ein Hindernis entgegenzusetzen. Er beraubte durch Cauterisation die Vagina in ihren unteren Teilen an zwei gegenüberliegenden Stellen ihrer Schleimhaut und heilte diese Stellen zusammen. Die Scheide war dadurch teilweise obliteriert und sollte den Uterus zurückhalten. Von dieser primitiven Form der Ausführung eines richtigen Gedankens kam man nach mancherlei Änderungen und Verbesserungen der Methode schliesslich zur Verengerung der ganzen Scheide durch Excision von Stücken der Vaginalschleimhaut zur Colporrhaphie. Die so in ihrem lumen verengerte und durch Narbenstränge derber und fester gemachte Scheide lässt sich durch den prolabierenden Uterus schwerer invertieren und ist imstande eine grosse Zahl von Prolapsen zurückzuhalten.

Wenn man als Ursache des Prolapses ein Missverhältnis zwischen dem Gewicht des Uterus, den Verhältnissen des abdominellen Druckes, den Bandapparaten der Gebärmutter, sowie schliesslich der Widerstandsfähigkeit des Beckenbodens betrachten muss, so ist es klar, dass in allen den Fällen diese Operationen ausreichend sind, in denen der letztere Umstand das ätiologische Moment bildet, ja dass unter günstigen Verhältnissen ein über die Norm verstärkter Beckenboden auch einen Prolaps aus anderer Ursache aufzuhalten vermag. Erst in neuerer Zeit hat man versucht auch den anderen ursächlichen Verhältnissen gerecht zu werden und zwar dadurch, dass man den Uterus an anderen höher gelegenen Stellen anheftete, durch Ventrofixation, und dadurch dass man das ganze Organ ausschaltete, durch Totalexstirpation. Aufgabe vorliegender Arbeit soll es sein, die Vorteile und Nachteile beider Operationen zu erörtern und ihre Erfolge an der Hand einer aus verschiedenen Kliniken zusammengestellten Statistik zu vergleichen.

Den Ruhm als erster die Ventrofixation ausgeführt zu haben, kann Koeberlé in Anspruch nehmen, der im Jahre 1877 bei einer Retroflexio castrierte und die Ligaturstümpfe in die Bauchwunde einheilte. Peter Müller machte im Jahre 1878 den Vorschlag, bei schwerem Prolaps den Uterus durch Laparotomie zu amputieren und den Stumpf in die Bauchwunde einzuheilen. 1885 nahm Olshausen, zunächst für die Retroflexio, die Frage wieder auf und glaubte diese Operation sei nur in besonders trostlosen Fällen anzuwenden, jedoch ohne allgemeinere Ausdehnung. Seitdem ist diese Frage nicht wieder von der Tagesordnung verschwunden und immer neue Methoden wurden angegeben, um die Fixation des Uterus zu einer dauernden und somit die Heilung zu einer vollkommenen zu machen.

Ungefähr um dieselbe Zeit verschaffte sich ein anderes Operationsverfahren, die Totalexstirpation, Eingang zur

dauernden Heilung des Prolapses. Kaltenbach brachte dies Verfahren im Jahre 1880 zur Anwendung, nachdem bislang drei derartige Fälle von Totalexstirpation bei Prolaps die Litteratur aufzuweisen hatte. (Gebhard, Archiv des dänischen Gesundheitskollegs 1836 und 1837, Jürgensen, Oppenheimer Journal, Bd. IX, pag. 570, Kehrer, Beiträge zur klinischen und experimentellen Geburtshülfe). Bei Kaltenbach handelte es sich um eine 57jährige Frau, die seit 24 Jahren an einem Vorfall litt. Bei dem Versuche der hohen Collumexcision eröffnete Kaltenbach den Douglas in grosser Ausdehnung und exstirpierte, da nun schon einmal das Peritoneum so weit eröffnet war, das ganze Organ. 7 Wochen nach dieser Operation führte er die Kolporrhaphia anterior und posterior aus und gelang es ihm so, den Vorfall radikal zu beseitigen. Diese beiden Operationen sind aber an und für sich nicht imstande das Leiden zu heben, sondern beide erheischen noch eine Hülfsoperation die Kolporrhaphie in ihrer verschiedenen Modifikation als anterior, posterior und lateralis, die den individuellen Verhältnissen anzupassen ist, und für deren Auswahl auch eine gewisse Vorliebe des Operateurs für die eine oder die andere eine Rolle spielt. Während so zum Beispiel Fritsch mit der Totalexstirpation des Uterus eine ausgiebige Resektion der Scheide zu verbinden pflegt, verpönt Martin diesen radikalen Modus procedendi durchaus und glaubt mit den plastischen Operationen, die nicht eine so eingehende Verstümmlung setzen, auskommen zu können. In seiner Abhandlung: Über die Combination der Exstirpatio uteri vaginalis mit plastischen Operationen im Becken, (Berliner klinische Wochenschrift 1891, No. 45) äussert er sich folgendermassen:

„Aber es ist ja gerade einer der grössten Triumphe dieser Art operativer Eingriffe, dass sich die Frauen nachher erholen, und dann erscheint es ihnen als ein sehr zweifelhafter Erfolg der mit so vielen Schmerzen und Opfern verbundenen Operation, wenn sie kohabitationsun-

fähig geworden sind. Es ist das nicht eine blosse Vermutung die ich ausspreche: Eine der ältesten von mir so operierten Patienten, eine 65jährige gebildete Frau, hat nachher bekannt, dass es wesentlich die Eifersucht auf ihren 67jährigen Mann gewesen ist, welche sie zur Operation des Prolapses, der sie nach jeder Richtung zum Krüppel machte, gedrängt hat! Gewiss ist es nicht unsere Aufgabe auf diese Dinge ein übermässiges Gewicht zu legen in Fällen, wo man ohne ein solches Opfer keine Heilung erzielen kann. Wenn wir aber notwendig haben eine solche Verstümmlung vorzunehmen, so meine ich, müssen wir es vorziehen, die Organe in ihre physiologische Beschaffenheit zu bringen, wie das eben durch die Kolporrhaphie in so erfolgreicher Weise geschehen kann."

Viele Operateure, wie Martin und andere, machen beide Operationen in einer Sitzung, während Prof. Fehling die Hülfsoperationen meist für eine spätere Sitzung aufspart.

Während die Ausführung der Totalexstirpation von den meisten Gynäkologen in bekannter typischer Weise geübt und nur nach der individuellen Verschiedenheit des Prolapses modifiziert wird, ist die Art der Ventrofixation einer grossen Verschiedenheit unterworfen. Man kann in ihrer Ausführung 3 Hauptmethoden unterscheiden:

1. Man amputiert den Uterus und vertrofixiert den Stumpf (Peter Müller).
2. Man exstirpiert entweder ein oder beide Adnexe und näht die Stümpfe in die vordere Bauchwand.
3. Man näht den Uterus an die vordere Bauchwand an, die Ventrofixation im eigentlichen Sinne.

Wird bei letzgenanntem Modus das Bauchfell eröffnet, wie es die meisten Gynäkologen thun, so spricht man von einer intraperitonealen, wird es nicht eröffnet, wie es Kaltenbach in einem Falle ausführte und es neuerdings Czempin empfiehlt, von einer transperitonealen Methode.

Die Art der Fixation des ganzen Uterus ist bei den verschiedenen Autoren auch nicht gleichmässig. Ols-

hausen fixiert die cornua uteri in der Nähe des Ursprunges der ligg. rotunda an zwei seitlich gelegene Stellen der Bauchwand, unter Vermeidung der arteria epigastrica, Leopold führt die Nähte durch die ganze Bauchwand und fixiert den uterus in der Höhe der ligg. rotunda und über denselben durch 3 Suturen, Czerny geht in derselben Weise vor, glaubt aber mit 2 Nähten auskommen zu können. Terrier fasst im Gegensatz zu Leopold und Czerny die äussere Haut nicht mit und fixiert den Uterus in einer grösseren Fläche, von der Grenze zwischen Collum und Corpus bis zum Fundus, um dem hypertrophischen Organ einen möglichst grossen und somit auch möglichst festen Halt zu gewähren. Peter Müller frischt den Fundus in Form eines Ovals von 3 cm Länge und 2 cm Breite mit Messer und scharfem Löffel an, um eine festere Verwachsung zu erzielen.

Was nun die Indikation zu diesen Operationen angeht, so sind sie überall da zu versuchen, wo eine Scheidendammplastik nicht zum Ziele geführt hat oder voraussichtlich nicht zum Ziele führen wird und eine Ringbehandlung aus äusseren Gründen nicht durchführbar ist. Überhaupt geht das Bestreben dahin die Pessarbehandlung möglichst einzuschränken und dem operativen Verfahren, das allein Heilung bringen kann, den Vorzug einzuräumen.

Muss man aus einem anderen Grunde, vielleicht infolge einer malignen Adnexerkrankung, die Laparotomie machen, so liegt es nahe den prolabierten intacten Uterus gleich zu ventrofixieren, schwerer schon wird man sich entschliessen die Laparotomie zur Heilung des Prolapses allein zu machen, aber rechtfertigen lässt sich auch dieser schwere Eingriff. Der Prolaps ist hauptsächlich eine Krankheit der arbeitenden Klassen und eine restitutio ad integrum verschafft, da von Schonung gewöhnlich nicht die Rede sein kann, allein die volle Arbeitsfähigkeit. Wenn man bedenkt, in welchen socialen Verhältnissen solche Patientinnen leben und in welches Elend sie geraten, wenn ihnen die Möglichkeit

genommen ist, für ihren Unterhalt und den ihrer Familie zu sorgen, so wird man ein solches Leiden gewiss nicht mehr als zu geringfügig ansehen um einen auch schweren operativen Eingriff zu rechtfertigen. Die Beherrschung der Asepsis steht ausserdem heut auf einem so hohen Standpunkt, dass die Laparotomie einen grossen Teil ihrer Gefahr eingebüsst hat. Wenn ausserdem eine fixierte Retroflexio als Indikation zur Laparotomie angesehen wird, wenn man sogar eine diagnostische Operation für erlaubt hält, ja wenn sogar die Gastro-Enterostomie, die ein dem sicheren Tode verfallenes Leben auf nur kurze Zeit zu verlängeren vermag, zum Bauchschnitt berechtigt, so ist ein Grund nicht einzusehen, weshalb man vor einer Operation zurückschrecken sollte, die imstande ist die Patientin von einem zwar nicht gefährlichen so doch überaus lästigen Leiden zu befreien. Die Laparotomie ist ausserdem bei einfachem nicht komplicierten Prolaps insofern ungefährlicher, als dabei das Wühlen mit den Händen und Instrumenten in der Tiefe, wie zum Beispiel bei der Enukleation von Tumoren, vollständig wegfällt und ein verhältnismässig kleiner Schnitt für diese Operation genügt. Ein Umstand, der dieser Operation den Vorzug vor der Totalexstirpation einzuräumen scheint, ist der, dass nach einer Reihe von Beobachtungen Frauen nach dieser Operation schwanger geworden und gesunde Kinder am Ende einer beschwerdefreien Schwangerschaft geboren haben.

Bei der Totalexstirpation muss man eine absolute und eine relative Indikation unterscheiden und zwar absolut nicht infolge der Art des Prolapses, sondern infolge von Komplikationen mit anderen Erkrankungen des Uterus. Absolut indiziert ist die Totalexstirpation bei carcinomatös degenerierter Gebärmutter und bei Gangrän derselben, hierzu kann ausserdem der Fall der Irreponibilität des vorgefallenen Organs gerechnet werden. Relativ indiziert ist die Totalexstirpation:

1. Bei stark verlagertem Cervix, da, wenn auch der Fundus uteri an seiner Stelle fixiert bleibt, doch die Vaginalportion und Vaginalwände tiefer herunterreichen und in der Schamspalte sichtbar werden. Giebt es doch Fälle, wo der Prolaps überhaupt nie vollkommen reponiert werden kann.

2. Solch hochgradiger Prolaps kommt meistens nur bei Mehrgebärenden vor, bei diesen ist auch die Bauchwand erschlafft. Durch den Zug des angehefteten Uterus werden die Bauchdecken nach innen und unten gezogen und die frischen Adhäsionen zu langen Strängen ausgezerrt, so dass der angeheftete Uterus bedeutend tiefer zu stehen kommt und der Prolaps sich wieder herausbildet.

Vor der Ventrofixation hat die Totalexstirpation den Vorzug, dass Bauchhernien, die eine so häufige, unangenehme Folge der Laparotomieen sind, ausgeschlossen sind. Man muss auch im Auge behalten, dass die Ventrofixation, dadurch dass der Uterus in der Bauchhöhle fixiert wird, eine Lageveränderung durch die andere corrigiert, die erfahrungsgemäss weniger Beschwerden macht, aber doch eine Raumbeschränkung der Blase verursacht. Diese Beschränkung gleicht sich zwar meistenteils aus, kann aber doch gelegentlich zu Beschwerden Veranlassung geben. Der Vorteil, dass die Ventrofixation keine Verstümmlung setzt, ist nicht zu hoch anzuschlagen, da die grosse Mehrzahl der Patienten dem Klimacterium nahesteht oder es schon überschritten hat, so dass eine Befruchtung doch in der Mehrzahl als auszuschliessen erscheint. Ferner haben die Patientinnen gewöhnlich schon mehrere Kinder gehabt und sind gerade häufige, auf einander folgende Wochenbetten oder mangelhafte Pflege und Schonung in denselben die Ursache des Prolapses gewesen, so dass auch ihrerseits der Verlust der Fertilität nicht allzuhoch angeschlagen werden dürfte. Bei jugendlichen Personen wird man natürlicher Weise lieber ventrofixieren als totalexstirpieren, obwohl auch hier eine nicht so seltene Erkrankung der Adnexe,

die deren Entfernung erfordert, die Conception in Frage stellt. Um sich daher für das eine oder andere Verfahren zu entscheiden, muss man, da die Operationen in den meisten Fällen miteinander konkurrieren, ihre Resultate zu Rate ziehen und zwar sowohl quoad vitam als auch quoad valetudinem completam. Aus der Litteratur sind in vorliegender Arbeit 137 Fälle von Totalexstirpationen, sowie 55 Fälle von Ventrofixationen zusammengestellt worden und bin ich ausserdem durch die Güte meines hochverehrten Lehrers, Herrn Professor Fehling in der Lage aus der Hallenser Klinik 6 Fälle von Totalexstirpationen sowie 7 Fälle von Ventrofixationen bei Prolaps zu veröffentlichen.

| No. | Alter der Pat. Geburten. Aborte. | Name des Operateurs. | Diagnose des Leidens (Komplikation). | Datum der Operation und Besonderheiten derselben. | Erfolg der Operation. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 37 J. ? p. | Coë | Prolapsus completus. | Totalexstirpation. | Heilung. |
| 2 | 52 J. ? p. | Krug | desgl. | desgl. | Keine Nachricht. |
| 3 | ? | Hunter | desgl. Verdacht auf Epitheliom der Ovarien. | Totalexstirpation. Entfernung der linken Adnexe. | Keine Nachricht. |
| 4 | ? | Taylor | Carcinoma cervicis. Prolaps. | Totalexstirpation. | Tod durch Shok. |
| 5 | 65 J. ? p. | Hahn | Prolaps. Erscheinungen von Gangrän. | Totalexstirpation. Resektion eines grossen Teiles der gangränösen Scheide. | 4 Wochen p. op. vollständige Heilung. Spätere Nachrichten fehlen. |
| 6 | 39 J. ? p. | Hahn | Prolapsus totalis. Cystorele. Rectocele. | Totalexstirpation 28. Juni? | Tod an septischer Peritonitis. |
| 7 | 62 J. ? p. | Leopold | Recidiv eines Prolaps nach Amputatio colli und Kolporrhaphia anterior. | Totalexstirpation 10. April 84. | Kleines Recidiv. 1886 aus unbekannter Ursache verstorben. |
| 8 | 48 J. ? | „ | Prolapsus completus. Myom. | Totalexstierpation 12. Juli 84. Kolporrhaphie. | 1887 kein Recidiv. 1893 gutes Resultat. |
| 9 | 55 J. 6 p. | „ | Prolapsus totalis. | Exstirpatio. Kolporrhaphia anterior et posterior 9. Sept. 84. | Nach Jahresfrist Recidiv. Pessar hält Prolaps zurück. |
| 10 | 43 J. ? p. | „ | desgl. | Totalexstirpation Kolporrhaphia anterior et posterior 20. Dez. 84. Nochmalige Kolporrhaphia posterior 10. Febr. 85. | 1887 kein Recidiv. 1893 alles in Ordnung. |

| No. | Alter der Pat. Geburten. Aborte. | Name des Operateurs. | Diagnose des Leidens (Komplikation). | Datum der Operation und Besonderheiten derselben. | Erfolg der Operation. |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | 52 J. 4 p. | Leopold | Prolapsus totalis irreponibilis. Cystitis. | Totalexstirpation. Kolporrhaphia anterior et posterior. | 1892 kein Recidiv. |
| 12 | ? | Martin | Recidiv eines Prolapses nach 3 plastischen Operationen. | Totalexstirpation, Resektion der Scheide 27. Juni 82, Kolporrhaphia anterior et poster. 8. Mai 82. | 1889 kein Recidiv. |
| 13 | 64 J. 5 p. | „ | Prolapsus completus. | Totalexstirpation, 20. Okt. 82. Kolporrhaphia anter. et poster. 2. Dez. 83. | 1887 vollständige Heilung. |
| 14 | 65 J. 10 p. | „ | Prolapsus irreponibilis. | Totalexstirpation, Kolporrhaphia ant. et post. 10. Okt. 83. | 1886 vollständige Heilung. |
| 15 | 65 J. ? p. | „ | Prolapsus totalis. | Totalexstirpation. Kolporrhaphia ant. et post. 7. Febr. 90. | 1891 vollständige Heilung. |
| 16 | 46 J. 8 p. 2 ab. | „ | Prolapsus tot. | Exstirpat. uteri cum adn. sin. 3. Juni 90. | 1891 vollständige Heilung. |
| 17 | 56 J. ? p. | „ | Prolaps compl. | Totalexstirpation, Kolporrhaphia ant. et post. | 11 Mon. p.op. gutes Resultat. |
| 18 | 47 J. 3 p. 2 ab. | „ | Prolapsus totalis. | Totalexstirpation, Kolporrhaphia ant. et post. 14. März 91. | Keine Nachricht. |
| 19 | 47 J. 6 p. | „ | Faustgrosser Prolaps. | Totalexstirpation, Kolporrhaphia ant. et post. Entfernung der rechten Adnexe 2. Juli 91. | Keine Nachricht. |
| 20 | 46 J. 1 p. | „ | Prolapsus completus. Polyp des Cervix. | Totalexstirpation, Kolporrhaphia ant. et post. Entfernung der Adnexe 1. August 91. | Keine Nachricht. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | gillae. | |
| 22 | 52 J. ? p. | Beverly | Recidiv nach Kolpo- und Perineoplastik. | 16. Juni 88 Totalexstirpation. 17. Juni 88 Kolporrhaphia ant. et post. | 1892 Heilung. |
| 23 | 54 J. ? p. | ,, | Prolaps. | Ebenfalls 2 Sitzungen. | Heilung. |
| 24 | ? | Cosch | Prolaps. Cystocele. | Totalexstirpation. | Keine Nachricht. |
| 25 | ? | Kehrer | Prolaps. | Totalexstirpation. Würgbewegungen bringen die Eingeweide vor die Vagina. | † Peritonitis. |
| 26 | ? | ,, | Prolaps. | Totalexstirpation. | Heilung. |
| 27 | 48 J. 0 p. | Breslauer Klinik | Prolaps. | Totalexstirpation. Resektion der Scheide 27. Nov. 85. Nach 12 Tagen kleine Inversio d. vord. Vaginalwand. Excision eines ovalen Stückes. | 1888 Heilung. |
| 28 | 39 J. 1 p. | ,, | Recidiv eines Prolapses nach einer von Spiegelberg gemachten Kolporrhaphie. | Totalexstirpation. Entfernung der Adnexe. Kolporrhaphia ant. | Heilung. |
| 29 | 50 J. 2 p. | ,, | 1872 1. Prolapsoperation. 1882 2. Prolapsoperation. | 17. März 86. Totalexstirpation, Kolporrhaphia ant. | Heilung. |
| 30 | 50 J. 0 p. | ,, | Prolaps, Cystocele. Incontinentia urinae, Rectocele. Abscess zwischen Uterus und Blase. | 17. März 87. Totalexstirpation. | † 10 Tage p. op. Cystitis purulenta, Pyelo-Nephritis. |
| 31 | 37 J. ? p. | ,, | Kindskopfgrosser Prolaps. | 17. April 88. Kolpoperineorrhaphie. 7. Juni Totalexstirpation. | Heilung. |

| No. | Alter der Pat. Geburten. Aborte. | Name des Operateurs. | Diagnose des Leidens (Komplikation). | Datum der Operation und Besonderheiten derselben. | Erfolg der Operation. |
|---|---|---|---|---|---|
| 32 | 43 J. 1 p. | Breslauer Klinik | Prolaps. | 2. März 88 Kolporrhaphia anterior. 20. Juni Totalexstirpation, Resektion eines Dreiecks aus der vorderen Scheidenwand. Später noch Kolporrhaphia anterior und Perineorrhaphie. | Heilung. |
| 33 | 40 J. ? p. | „ | desgl. | Febr. 87. Kolporrhaphia anterior. Oktbr. 88 Totalexstirpation. Entfernung der Adnexe. | desgl. |
| 34 | 48 J. ? p. | „ | Prolaps. Cystocele. Incontinentia urinae. | Totalexstirpation, Resektion eines Dreiecks aus der vorderen Scheidenwand. | desgl. |
| 35 | 37 J. ? p. | Negretto | Prolaps. | Totalexstirpation. | desgl. |
| 36 | 61 J. ? p. | Edebohfs | Prolaps. | Totalexstirpation. Entfernung der Adnexe. Kolporrhaphia lateralis Perineorrhaph. 27. Jan. 93. | Mai 93 gutes Resultat. |
| 37 | 48 J. ? p. | Clarke | Recidiv nach Perineorrhaphie. Kolporrhaphia ant. et post. | Totalexstirpation 93. | Geheilt entlassen. Später nicht gesehen. |
| 38 | 40 J. ? p. | „ | Recidiv nach Amputatio colli, Kolporrhaphia ant. et post. | Totalexstirpation. | desgl. |
| 39 | 44 J. ? p. | „ | Recidiv nach Alexanderscher Operation. | Totalexstirpation 93. | desgl. |
| 40 | ? | „ | Recidiv nach Kolporrhaphia ant. et post. | Totalexstirpation. | desgl. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 42 | 62 J. ? p. | Boldt | Prolaps. | Totalexstirpation, Kolporrhaphia ant. et post. | desgl. |
| 43 | 46 J. ? p. | Czempin | Mehrere Kolporrhaphieen. Recidiv. | Totalexstirpation mit Resektion der Scheide. | Heilung. |
| 44 | 29 J. ? p. | „ | Prolaps. | desgl. | desgl. |
| 45 | 63 J. 6 p. | Richelot | Prolaps, Cysto- und Rectocele. | Totalexstirpation 25. Juli 86. Recidiv nach Kolporrhaphia ant. et post. Oktbr. 86. | Heilung. |
| 46 | 24 J. 2 p. | Routier | 87 Alexandersche Operation und Elytrorrhaphia anterior. Recidiv. Cystocele. | 1888 Totalexstirpation. | Keine vollständige Heilung. Kleine Cystocele. Keine Beschwerden. |
| 47 | 50 J. 5 p. | Monod | Prolaps, Motilitätsstörung in den unteren Extremitäten. | 15. Juli 93 Totalexstirpation. | Vollständige Heilung. Wiederkehr der Motilität. |
| 48 | 67 J. 2 p. | Hartmann und du Bouchet | Prolaps, Parese der Blase. | 12. Aug. 93 Totalexstirpation. | Jan. 94. Bei Anstrengungen wird die vordere Vaginalwand in der Vulva sichtbar. |
| 49 | 61 J. 2 p. | Hartmann | Prolaps. | 2. an. 94. Totalexstirpation. Resektion der Scheide. | Heilung. |
| 50 | 58 J. 6 p. 6 ab. | Quénn | Prolaps. | 16. Febr. 93 Totalexstirpation. Kolporrhaphia ant. et post. Perineorrhaphie 2. Oktbr. | Heilung. |
| 51 | 44 J. 3 p. 1 Forceps. | „ | Polaps. Ovarialcyste. | 16. März 93 Totalexstirpation. Perineorrhaphie, keine Kolporrhaphie. | Oktbr. 93. Leichte Cystocele. Keine Beschwerden. |
| 52 | 64 J. 7 p. | „ | Prolaps. | Totalexstirpation 24. Juni 93. | 25. Novbr. 93 Heilung. |

| No. | Alter der Pat. Geburten. Aborte. | Name des Operateurs. | Diagnose des Leidens (Komplikation). | Datum der Operation und Besonderheiten derselben. | Erfolg der Operation. |
|---|---|---|---|---|---|
| 53 | 48 J. 7 p. | Quénn | Prolaps. | Totalexstirpation, Perineorrhaphie 20. Oktbr. 93. | Heilung. |
| 54 | 39 J. ? p. | Le Dentu | Prolaps, Recto- u. Cystocele. | Totalexstirpation Mai 92. | Jan. 94. Enormes Recidiv. |
| 55 | 52 J. ? p. | „ | Prolaps, Myom, Cysto- und Rectocele. | Totalexstirpation? | Kein befriedigendes Resultat. |
| 56 | 76 J. ? p. | Lejars | Enormer Prolaps. | Totalexstirpation 24. Juni 93. | Gutes Resultat. |
| 57 | 58 J. ? p. | „ | Grosser Prolaps. | Totalexstirpation, Kolporrhaphia posterior 10. Oktober 93. 2 Wochen später Cystocele. Kolporrhaphia lateralis. | Keine Nachricht. |
| 58 | 54 J. ? p. | Guillac | Prolaps Fibrom. | Totalexstirpation 9. Novbr. 92. | Einen Monat p. op. Neigung zu Rectocele. |
| 59 | 66 J. ? p. | Chaput | Recidiv nach Kolporrhaphia ant. et post. | Totalexstirpation, Resektion d. Vagina 81. | 94. Kleine Rectocele, keine Beschwerden. |
| 60 | 22 J. ? p. | „ | Recidiv nach Ventrofixatio (Sacré Brüssel). | Totalexstirpation, Resektion d. Scheide, Kolpoperineorrhaphie 26. Aug. 91. | Keine Nachricht. |
| 61 | 46 J. ? p. | „ | Recidiv nach mehrmaligen plastischen Operationen. Recidiv nach Ventrofixatio (M. Campenon zu Necker). 15 Tage p. op. Cysto- und Rectocele. | Totalexstirpation, Resektion d. Scheide 22. Dez. 91. | Nach 2 Monaten keinerlei Beschwerden. |
| 62 | 57 J. ? p. | „ | Prolaps, Cysto-Rectocele. | Totalexstirpation, Resektion d. Scheide. | Keine Nachricht. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | und Resektion der Scheide. | |
| 64 | 48 J. 5 p. | M. Schwarz | Prolaps. Cystocele. | Totalexstirpation, Elytrorrhaphie, Kolpoperineorrhaphie. | Leichter Grad von Cystocele, durch Pessar zurückzuhalten. |
| 65 | 47 J. 2 p. | Gérard-Marchand | Prolaps, Cystocele, Incontinentia urinae. Potatrix. | 24. Febr. 94 Totalexstirpation. | Es bleibt eine kleine Cystocele, die voraussichtlich durch Kolporrhaphie geheilt wird. |
| 66 | 34 J. 3 p. 1 ab. | Pozzi | Prolapsus, Incontinentia urinae. | 28. April 94 Totalexstirpation, Resektion der Scheide, Perineorrhaphie. | 30. Mai geheilt entlassen. |
| 67 | 49 J. ? p. | „ | Prolapsus. Cervicalcatarrh. | 5. Mai Totalexstirpation, Kolporrhaphia ant. et post. | † 16. Mai Septicaemie. |
| 68 | 54 J. 8 p. | Chaput | Prolaps, Cysto- u. Rectocele. | 12. Juni 94 Totalexstirpation. Kolporrhaphia ant. et post. | † 17. Juni. Putride Peritonitis infolge Sphacelus, verursacht durch die Suturen, die Kolporrhaphie und den Druck der in die Scheide reponierten gewulsteten Scheidenwände. |
| 69 | 50 J. ? p. | Segond | Prolapsus, Cystocele, Oophoritis. | Totalexstirpation 12. April 93. | 4 Monate später geringe Cystocele, keine Beschwerden. |
| 70 | 51 J. ? p. | „ | Prolaps, Cystocele Oophoritis bilateralis. | Totalexstirpation 17. Mai 93. | 3. Jan. leichte Cystocele, die eine Nachoperation erheischt. |
| 71 | 50 J. ? p. | „ | Prolaps. Myom, leichte Cystocele. | Totalexstirpation 22. Nov. 93. | Leichte Cystocele, die eine Nachoperation nötig macht. |
| 72 | ? | Richelot | Recidiv nach Kolporrhaphie 88. Myom. | Totalexstirpation 89. | Nach mehreren Monaten gutes Resultat. |
| 73 | 33 J. ? p. | „ | Prolaps, Hydrosalpinx rechts. Recidiv nach Kolporrhaph. 92 | Nov. 92 Totalexstirpation und Entfernung der rechten Adnexe. | Vollständige Heilung. |

| No. | Alter der Pat. Geburten. Aborte. | Name des Operateurs. | Diagnose des Leidens (Komplikation). | Datum der Operation und Besonderheiten derselben. | Erfolg der Operation. |
|---|---|---|---|---|---|
| 74 | 32 J. 6 p. | Richelot | Prolaps. | Totalexstirpation 4. Febr. 93. | Nach Jahresfrist vollständige Heilung. |
| 75 | ? | „ | Prolaps. | 24. Juli 93 Totalexstirpation. | Vollständige Heilung. |
| 76 | 48 J. ? | „ | Prolaps. Dammriss. | Nov. 93 Totalexstirpation. | Heilung. |
| 77 | 52 J. ? | Routier | Prolaps. tot. | Totalexstirpation 89. | Vollständige Heilung. |
| 78 | 70 J. ? | Reclus | Prolaps. tot. | 17. März 92. Totalexstirpation (Cocainanaesthesie). | Heilung nach 14 Tagen. Einige Zeit später an intercurrenter Krankheit gestorb. |
| 79 | 59 J. 0 p. | „ | Prolaps. Cystitis. Cysto- u. Rectocele. | 15. Jan. 92. Kolporrhaphie ohne Resultat. 15. Febr. Kolpoperineorrhaphie. 3. April. Totalexstirpation (Cocainanaesthesie) Recidiv. Kolpoperineorrhaphia ant. et post. | 31 Mon. p. op. ausgezeichnetes Resultat. |
| 80 | 45 J. 4 p. | Morestin | Prolaps. | Totalexstirpation. | 5 Mon. post. op. gutes Resultat. Pat. später plötzlich verstorben. |
| 81 | 54 J. ? p. | Reclus | desgl. | Totalexstirpation 2. März 93. 14 Tg. später Kolpoperineorrhaphie. | Heilung 8 Mon. p. op. |
| 82 | ? | Pozzi | desgl. | Totalexstirpation mit Resektion d. Scheide. Später Perineorrhaphie 8. Mai 91. | Vollständige Heilung. |
| 83 | 41 J. ? p. | „ | Prolaps. Oophoritis, Salpingitis. Emphysem. vitium cordis. | 21. März 72 Kolpohysterectomie. | † 22. März infolge der Narcose. |

| | | | | | laps vag. |
|---|---|---|---|---|---|
| 85 | 51 J. ? p. | Chaput | Prolaps. Myom (500 g). | Totalexstirpation. | 18 Mon. post. op. vollständige Heilung. |
| 86 | ? | Marchaud | Prolapsus uteri carcinomatosi. | Totalexstirpation. Resektion der Scheide. | 5. Mon. p. op. Recidiv des Prolaps. |
| 87 | 53 J. ? p. | Schwarz | Prolaps, Myom. Recidiv nach Kolpoperineorrhaphie. | Septbr. 93 Totalexstirpation. | Gutes Resultat. |
| 88 | 60 J. ? p. | Bouilly | Prolaps. | Totalexstirpation. | Heilung. |
| 89 | 55 J. ? p. | Perrilou | desgl. | desgl. | desgl. |
| 90 | 33 J. 1 p. | „ | desgl. | 25. März 92 Totalexstirpation. | desgl. |
| 91 | 45 J. 7 p. | Lucas-Championnière | desgl. | 26. April 92 Totalexstirpation. | desgl. |
| 92 | 48 J. 2 p. 1 ab. | „ | Prolaps. Fibrom. Cystocele. | 22. März 92 Totalexstirpation. | desgl. |
| 93 | 45 J. 2 p. | „ | Prolaps. Adnexerkrankung rechts. | 12. Mai 92 Totalexstirpation. Entfernung d. kranken Adnexe. | desgl. |
| 94 | 45 J. 0 p. | „ | Prolaps. Fibrom. | 26. Juli 92 Totalexstirpation. | desgl. |
| 95 | 32 J. ? p. | „ | Prolaps. | 24. Aug. 93 Totalexstirpation. | desgl. |
| 96 | 49 J. ? p. | „ | Prolaps. Früher Adnexexstirpation. | 25. Dez. 93. Infolge von Arteriosklerose fortdauernde Blutung. | † 1. Jan. 94 trotz Transfusion. Peritoneum gesund. |
| 97 | ? | ? | Prolapsus completus. Cystocele. Beiderseits Adnexerkrankung. | 12. April 93 Totalexstirpation, Entfernung der Adnexe. | 4 Mon. p. op. kleine Cystocele. † im September an Pneumonie. |

| No. | Alter der Pat. Geburten. Aborte. | Name des Operateurs. | Diagnose des Leidens (Komplikation). | Datum der Operation und Besonderheiten derselben. | Erfolg der Operation. |
|---|---|---|---|---|---|
| 98 | 39 J. | Le Dentu | Prolaps. Cysto- u. Rectocele. | 31. März 92 Totalexstirpation. | 22 Mon. post. op. gutes Befinden. Bei Anstrengungen treten die Vaginalwände vor die Vulva. |
| 99 | 54 J. 1 p. | Heydenreich | Prolaps. | 10. Nov. 93 Totalexstirpation. | Gutes Befinden. 10 Mon. p. op. Kleiner Prolaps der vorderen Vaginalwand. |
| 100 | 56 J. 6 p. | „ | desgl. | 26. Jan. 94 Totalexstirpation. Kolporrhaphie. | Einige Monate p. op. keinerlei Recidiv. |
| 101 | 57 J. 2 p. | „ | Recidiv nach Kolporrhaphia ant. et post. 92. Kleine Cystocele. | 21. Dez. 92 Totalexstirpation. | Kein Recidiv. |
| 102 | 58 J. 1 p. | Gross | Prolaps. | 18. Dez. 93 Totalexstirpation. | Kolporrhaphie äusserer Umstände halber nicht ausführbar. Kleiner Prolaps der vorderen Vaginalwand mit Cystocele. |
| 103 | 38 J. 5 p. | Vautrin | Prolaps, Cysto- u. Rectocele. | 8. Juli ? Totalexstirpation. | Gutes Resultat. |
| 104 | 45 J. | „ | Recidiv nach Elytrorrhaphia ant. et Kolporrhaphia post. Cysto- und Rectocele. | Jan. 94 Totalexstirpation. | Kleine Cystocele. Sonst gut. |
| 105 | ? 5 p. | Martin | Carcinoma colli et descensus fornicis vaginalis. | 25. Jan. 86. Exstirpation des Uterus. Resektion des Gewölbes. | 26. Mai Recidiv. |
| 106 | ? 7 p. | „ | Cancroid der Portio. Descensus portionis. Myoma corp. interst. | 28. Febr. 87. Exstirpatio uteri. Resectio fornicis vag. | 89 Pat. laut Brief gesund. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Riss III. Grades. | riusque, Kolpoperineorrhaphie. Mai 91. Entleerung eines Hydrops peritonei saccatus per laparotomiam. | Recidiv des Hydrops. |
| 108 | 49 J. VI p. | „ | Prolapsus uteri permagni totalis. Adenoma corporis. | 10. Juli. Exstirpation des Uterus und beider Ovarien. 5. Mai 90 Kolporrhaphia ant. et post. | Gutes Resultat. |
| 109 | 52 J. 12 p. 9 ab. | „ | Prolaps. Ademona malignun. | Exstirp. ut. vag. et adnex. sin. Kolporrhaphia ant. et post. 22. Mai 90. | Heilung. |
| 110 | 52 J. 1 p. 1 ab. | „ | Prolaps. Carcinom colli. | Exstirp. ut. vag. 27. Aug. 90. | desgl. |
| 111 | 48 J. ? p. | „ | desgl. | 9. Febr. 91. Exstirp. ut. vag. Castratio. Kolporrhaphia ant. et post. | desgl. |
| 112 | 49 J. 12 p. | „ | Scheidendammriss. Prolaps. vag. ant. Cancroid d. Portio. Ascites. | 1. Mai 91. Exstirpatio ut. vag. Kolporrhaphia ant. et post. | desgl. |
| 113 | 44 J. 10 p. | „ | Carcinoma colli. Pelveoperitonitis. Oophoritis et Salpingitis dextra. Prolaps. post. Rectocele. | 8. Juli 91. Exstirp. ut. vag. Abscess im Ov. dextr. Resektion des entzündeten Peritoneums. | Heilung vollständig. |
| 114 | 48 J. ? p. | „ | Carcinoma cervicis. Descensus vag. | 20. Juli 91. Exstirp. ut. vag. | † 16 Tge. p. op. Embolia art. pulm. dext. |
| 115 | 54 J. 4 p. | „ | Carcin. corp. Descens. vag. | 31. Juli 91. Exstirp. ut. et ovarii utriusque. Resektio fornicis vag. Kolporrhaphia ant. | Vollkommene Rekonvalescenz 27. Sept. 91. |
| 116 | 52 J. 8 p. 3 ab | „ | Prolaps. Carc. colli. | 22. Aug. 91. Exstirp. ut. vag. c. adn. Kolporrhaphia post. | Heilung. |

| No. | Alter der Pat. Geburten. Aborte. | Name des Operateurs. | Diagnose des Leidens (Komplikation). | Datum der Operation und Besonderheiten derselben. | Erfolg der Operation. |
|---|---|---|---|---|---|
| 117 | 41 J. 1 p. | Martin | Prolapsus ut. vag. myomatosi. Retrofl. fixata. Metritis. | 4. Sept. 91. Exstirp. ut. vag. c. adnexis Kolporrhaphia post. | Heilung |
| 118 | 39 J. 1 p. | Müller | Faustgrosser Prolaps. | I. Totalexstirpation 25. Jan. 83. II. Kolporrhaphia ant. Datum ? III. Recidiv. Kolporrhaphia ant. et post. 23. Okt. IV. Nochmaliges Recidiv. Kugelpessar 31. Okt. 84. | Recidiv. |
| 119 | 40 J. 2 p. | „ | Kindkopfgrosser Prolaps. | 29. Nov. 83. Totalexstirpation, später Kolporrhaphia post. | Recidivfrei. |
| 120 | 63 J. 3 p. | „ | Carcinom d. Port. Prolaps. | 8. Mai 86 Totalexstirpation. | † 15. Mai, Peritonitis. |
| 121 | 57 J. ? p. | Kaltenbach | Prolaps. | Eröffnung des Douglas bei hoher Collumexcision 12. Fbr. 80. | Nach Kolpoperimorrhaphie vollkommen genesen. |
| 122 | 48 J. ? p. | „ | Prolaps. Verschiedene plastische Operationen erfolglos. | Totalexstirpation 81. | Geheilt entlassen. Wanderte nach Amerika aus. |
| 123 | 60 J. ? p. | Studsgaard | Prolaps. | Totalexstirpation. Am 16. Tage p. op. Zeichen von Einklemmung einer Cruralhernie. Anwesenheit freier Luft in der Bauchhöhle infolge häufigen Lagenwechsels behufs Ausspülung der Scheide. Herniotomie. | 18 Tage nach der Herniotomie geheilt entlassen. |
| 124 | ? | Gouillard | Prolaps. Carcinoma recti. | Exstirpatio recti et uteri. | Gutes Resultat. |
| 125 | 44 J. 3 p. | Leopold | Prolaps. irrepon. | 11. März 90. Kolporrhaphia. Totalexstirpation. | 7. Febr. 93. Kein Recidiv. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Kolporrhaphia ant. et post. Entfernung der Adnexe, Kolpoperineorrhaphie. | |
| 127 | 78 J. 3 p. | „ | Prolapsus ut. carcinomatosi. Cystocele. | 6. Mai 90. Totalexstirpation. Auspräparierung eines Carcinomknotens im rechten Parametrium. Unterbindung des rechten Ureters. | Geheilt entlassen. Keine Nachricht. |
| 128 | 52 J. 15 p. 2 ab. | „ | Prolapsus tot. Elongatio colli. | Totalexstirpation 17. März 91. Kolporrhaphia ant. et post. | 1893 Kein Vorfall. |
| 129 | 42 J. 1 p. | „ | Prolapsus tot. | 20. März 91 Totalexstirpation. Kolpoperineorrhaphie. | Geheilt entlassen. Keine Nachricht. |
| 130 | 63 J. 1 p. | „ | desgl. | 25. März 90. Totalexstirpation. Kolporrhaphia ant. et post. | † 30. März. Sublimatintoxikation? |
| 131 | 53 J. 1 p. | „ | Prolaps. Muttermund vor der Vulva. An Stelle des Aortentons ein Geräusch. | 9. Juni 91. Uterus stückweise excidiert (infolge eines grossen Myoms), Kolporrhaphia post. | † 14. Juni. Emphysema pulmonum. Dilatatio cordis. Atheromatosis Aortae et Coronariae, Anenrysma aorticum. |
| 132 | 54 J. 10 p. | „ | Descensus vaginae Beim Pressen kommt die Portio zum Vorschein. | 2. Nov. 91. Exstirpatio uteri. Kolporrhaphia ant. et post. | 21. Dez. 93. Wohlbefinden. |
| 133 | 45 J. 2 p. | „ | 4 mal wegen Prolaps operiert. Recidiv. | 19. Jan. 92. Totalexstirpation, Kolporrhaphia post. | 11. April 92. Gutes Befinden. |
| 134 | 42 J. 5 p. | „ | Prolaps. | 30. Jan. 92. Totalexstirpation. Perineorrhaphie. | 7. Dez. 93. Gutes Resultat. |
| 135 | 54 J. 0 p. | „ | Prolaps. Cysto- u. Rectocele. | Totalexstirpation. Kolpoperineorrhaphie 8. Juli 92. | Dez. 94. Gutes Resultat. |

| No. | Alter der Pat. Geburten. Aborte. | Name des Operateurs. | Diagnose des Leidens (Komplikation). | Datum der Operation und Besonderheiten derselben. | Erfolg der Operation. |
|---|---|---|---|---|---|
| 136 | 41 J. 4 p. 9 ab. | Leopold | Faustgrosser Prolaps. | Totalexstirpation. Kolporrhaphia ant. et post. 17. Mai 93. | Nov. 93. Gutes Resultat. |
| 137 | 57 J. 13 p. | „ | Prolaps. Ulcus carcinomatosum. Portio. | Totalexstirpation. Kolporrhaphia ant. et post. Kolpoperineorrhaphie 27. Okt. 93. | † 4 Tg. p. op. Sepsis. Bei der Operation bemerkte man eine kleine eiternde Stelle an der Portio infolge vorausgegangener Probeexcision. |

# II. Ventrofixationen.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 38 J. ? p. | Müller | Grosser Prolaps. | 16. Juni 78. Ventrofixation. | Recidiv. |
| 2 | 27 J. ? p. | Kühn | Totalprolaps. | 17. Aug. 81. Ventrafixation. | Heilung. |
| 3 | 41 J. ? p. | Olshausen | Prolaps. | 86. Ventrofixation. | Recidiv. |
| 4 | 40 J. ? p. | John Phillipps | Irreponibler Prolaps. | 7. März 88. Ventrofixation. | Vollständige Heilung. |
| 5 | 38 J. ? p. | Terrier | Prolaps. | 7. Aug. 88. desgl. | 2. März 89 vollständige Heilg. |
| 6 | ? | Rubeska | Enormer Prolaps. | August 88. desgl. | 15. Febr. 89. Uterus gut fixiert. Inversio der Vagina noch vorhanden. |
| 7 | 49 J. ? p. | Tuffier | Prolaps. Cystocele. | 15. Okt. 88. desgl. | 1. März 89. Gutes Resultat. |
| 8 | 62 J. ? p. | Lanwers | desgl. | 10. Dez. 88. desgl. | Gutes Resultat. |
| 9 | 47 J. ? p. | Terrier | Prolaps. | 21. Dez. 88. desgl. | desgl. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Fus wieder prolabiert. |
| 11 | 31 J. ? p. | Terrier | Prolaps. Kleine Cystocele. | 2. Febr. 89. desgl. | Gutes Resultat. |
| 12 | 47 J. ? p. | Kaltenbach | Prolaps. Myom. | 2. Dez. 76. desgl. | 2. Jan. 77. Gutes Resultat. |
| 13 | 48 J. ? p. | Müller | Prolaps. Fibro-Myom. | 4. Juni 77. desgl. | 11. Aug. 78. Gutes Resultat. |
| 14 | 49 J. ? p. | „ | Prolaps. Myom. | 23. Aug. 78. desgl. | Gutes Resultat. |
| 15 16 | ? | Zweifel | | 79. desgl. | Recidiv. |
| 17 | 56 J. ? p. | Pozzi | Ovarialtumor. Prolaps. | Mai 82. desgl. | Heilung 88. |
| 18 | 72 J. ? p. | Brennoecke | r. Ovarialtumor. Prolaps. | 83. desgl. | Heilung. |
| 19 | 36 J. ? p. | „ | l. Dermoidcyste. Prolaps. | 85. desgl. | Nach wenigen Wochen Recidiv des Prolapses. |
| 20 | — | Schröder | Prolaps. | —desgl. | — |
| 21 | Alte Frau | Olshausen | Prolaps. Alter Tumor. | —desgl. | Vollständiges Resultat. 18 Mon. p. op. |
| 22 | — | Lawson Tait | Prolaps. | Entfernung der Tuben und Ovarien, Ventrofixation. | — |
| 23 | — | S. R. West | Ovarialtumor. Prolaps. | Ovariotonie. Ventrofixation. | — |
| 24 | — | Werth | Id. | desgl. | — |
| 25 | — | Segond | Salpingitis. Prolaps. | Entfernung der Adnexe. Ventrofixation 9. Febr. 89. | Mai 89. Gutes Resultat. |

| No. | Alter der Pat. Geburten. Aborte. | Name des Operateurs. | Diagnose des Leidens (Komplikation). | Datum der Operation und Besonderheiten derselben. | Erfolg der Operation. |
|---|---|---|---|---|---|
| 26 | 36 J. 9 p. | Klinik in Zürich | Prolapsus et Retroflexio uteri | 20. Sept. 91. Ventrofixation. | Pat. machte nach beschwerdefreier Schwangerschaft Aug. 92 einen partus durch. Befund 93. Leichte Inversio der Vaginalwände. Uterus der vorderen Bauchwand adhaerent. |
| 27 | 27 J. 1 p. | „ | Dammriss 2. Grades. Leichte Inversio beider Vaginalwände. | 16. März 92. desgl. | Uterus in Anteflexio. Profuse Menstruatian. |
| 28 | 27 J. 1 p. | „ | Dammriss 2. Grades. Leichte Inversio beider Vaginalwände. Retroflexio. | 21. Sept. 92. desgl. | Bei Entlassung Befund der Beckenorgane normal. |
| 29 | 21 J. 1 p. | „ | Parovarialcyste. Dammriss. Inversio der Vaginalwände. | 12. Febr. 92. Exstirpation der Cyste. Ventrofixation. | 93. Uterus fest an der vorderen Bauchwand fixiert. |
| 30 | 25 J. 3 p. | „ | Tumor ovarii dextri. Inversio der Scheidenwände. | 14. Jan. 93. Exstirpation ov. dextr. Ventrofixation. | Bei Entlassung Uterus in Anteflexio. |
| 31 | 47 J. 3 p. | „ | Myoma uteri. Prolaps. Ulcus portionis. | 13. April 92. Amput. supravag. Ventrofixation d. Stumpfes. | Okt. 92. Inversio der Scheidenwände vorn 1.5cm, hinten 1 cm. Keinerlei Beschwerden. |
| 32 | 51 J. 2 p. | „ | Intraligamentäre Cyste. Dammriss. Prolaps. | 17. Sept. 92. Exstirpation der Cyste. Ventrofixation. | 25. Okt. Uterus der vorderen Bauchwand adhärent. Vaginalwände mässig invertiert. Portio hochstehend. |
| 33 | 37 J. 5 p. | „ | Orarialcyste, links Prolaps. | 1. Febr. 90. Ovariotomie. Ventrofixation. | 23. Bauchhernie. Uterus vorn fixiert. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | operationen. 75. 77. 82. Recidiv. Beiderseitige Dermoidcysten. | Ventrofixation. | versio. Uterus fixiert. Portio hoch oben. |
| 35 | 60 J. 1 p. | „ | Prolaps. Beiderseitige Ovarialcysten. | 11. Mai 88. Ovariotomia duplex. Ventrofixation. | † 17. Mai. Jodoformintoxikation. |
| 36 | 35 J. 6 p. | „ | Retroflexio. Leichte Inversio beider Vaginalwände. | Ovariotomie. Ventrofixation. 10. Febr. 91. | Uterus in Anteflexio. Inversio der vorderen Vaginalwand um 1 cm. |
| 37 | 62. J. 6 p. | Müller | Fibroid. Prolaps. | 7. April 83. Ventrofixatio ohne Anfrischung. | Negativer Erfolg. |
| 38 | 54 J. 1 p. | „ | Multiple Myome. Prolaps. | 3. April 86. Supravaginale Amputation, Ventrofixation des Stumpfes. | Uterus fest mit der Bauchwand verwachsen. |
| 39 | 74 J. 2 p. | „ | Multiloculäre Ovarialcyste. Prolaps. Polyp der Vaginalportio. | 26. Juli 80. Ovariotomie. Einnähung des Stiels in die Bauchwunde. | Prolaps bleibt bestehen. |
| 40 | 63 J. 1 p. | „ | Ovarialtumor. Subseröses Fibroid. Prolaps | 22. Dez. 83. Abtragung der Fibroide. Vernähung mit der Bauchwunde. | † 1. Jan. 84. Darmverschluss durch alte peritonitische Adhaesionen. Perforation. Septische Peritonitis. |
| 41 | 56 J. 1 p. | „ | Parovarialcyste. Prolaps. | 23. März 88. Exstirpation der Cyste. Ventrofixation. | Prolaps bleibt bestehen. |
| 42 | 29 J. 1 p. | „ | Prolaps. | 20. April 79. Ventrofixation. | Uterus fixiert. Grosse Bauchhernie. |
| 43 | 40 J. 1 p. | „ | desgl. | 18. Nov. 78. desgl. | Kein Recidiv. |

| No. | Alter der Pat. Geburten. Aborte. | Name des Operateurs. | Diagnose des Leidens (Komplikation). | Datum der Operation und Besonderheiten derselben. | Erfolg der Operation. |
|---|---|---|---|---|---|
| 44 | 21 J. 1 p. | Müller | Prolaps. | I. 8. Febr. 83. Ventrofixation. Recidiv. II. 20. Juni 83. Linkes Ovarium und Tube exstirpiert. Lig. ovarii im oberen, die Tube im unteren Wundwinkel vernäht. Recidiv. III. 17. März und 15. Mai. Kolporrhaphieen. | Der Vorfall bleibt zurück. Hernia abdominalis. |
| 45 | 29 J. 2 p. | „ | desgl. | 19. März 88. Ventrofixatio. | Prolaps der Vaginalwände, ein Meyerscher Ring hält sie zurück. |
| 46 | 46 J. 5 p. | „ | desgl. | 17. März 88. desgl. | Heilung. |
| 47 | 45 J. 3 p. 1 ab | Fehling | Dammriss. Prolaps. 11. Febr. 87. Elytrorrhaphia ant. 13. April. Kolpoperineorrhaphia. Recidiv. | 2. Jan. 88. Amput. ut. supravag. Fixation des Stumpfes in die vordere Bauchwand | 1889. Gutes Resultat. |
| 48 | 52 J. 0 p. | „ | 27. Sept. 81. Amput. colli. 27. Febr. 82. Elytrorrhaphia ant. Kolpoperineoplastik. Recidiv. Ringe nicht vertragen. | 26. März 88. Amput. ut. supravag. Ventrofixation des Stumpfes. | Leichtes Recidiv. |
| 49 | 42 J. 5 p. | „ | Prolaps. vag. ant. et post. Prolaps. ut. Cystocele. Prolapsus ani. | 20. Nov. 90. Keilförmige Amp. der Portio. Kolporrhaphia ant. 4. Dez. Ventrofixatio. | Nov. 98. Kein Recidiv. |
| 50 | 41 J. 4 p. | „ | Osteomalacie. Prolaps. ut. et vag. tot. Dermoid des l. Ov. | 30. April 91. Castratio dupl. Ventrofixatio. 3. Juni. Kolporrhaphia ant. 17. Juni. Kolpoperineorrhaphie nach Hegar. | 13. Nov. 98. Wallnussgrosser Prolaps der vorderen Vaginalwand. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | porrhaphia ant. 7. Juli. Ventrofixatio. 23. Juli. Kolpoperineorrhaphie nach Hegar. | |
| 52 | 28 J. 1 p. | „ | Desc. vag. ant. et post. Prolaps. ut. tot. Cystocele Rectocele. | 7. Nov. 92. Amput. colli Kolporrhaphia ant. simpl. 22. Nov. 92. Ventrofixatio ut. 6. Dez. Kolpoperineoplastik n. Hegar. | Beim Austritt gutes Resultat. |
| 53 | 43 J. 1 p. | „ | Prolapsus at. et vag. tot. Cystocele. | 7. Jan. 92. Amput. colli, Kolporrhaphia ant dupl. 2. Febr. 92. Ventrofixatio ut. 24. Febr. Kolpoperineorrhaphie. | desgl. |
| 54 | 47 J. 1 p. | „ | Descens. vag. ant. et post. Prolaps. ut. Myoma subser. et interst. | 9. Juli 92. Kolporrhaphia ant. dupl 28. Juli 92. Kolpoperineoplastik Hegar. 7. Oktbr. 92. Ventrofixatio. 18. Nov. 92. Dammplastik. | desgl. |
| 55 | 33 J. 1 p. | „ | Prolapsus ut. Descens. vag. ant. et post. Cystocele. Parovarialcyste rechts. | 13. Febr. 92. Entfernung der rechten Adnexe und Ventrofixation. 2. Febr. Kolpoperineorrhaphie. | desgl. |

Von den 137 Fällen von Totalexstirpation starben 14 Fälle im Anschluss an die Operation und zwar:

4 an Peritonitis (No. 6, 25, 68, 120),
1 an Shoc (No. 4),
1 an Herzparalyse (No. 21),
1 an Cystitis und Pyelone phritis (No. 30),
2 an Septicaemie (No. 67, 137),
1 in Folge der Narkose (No. 82),
1 an unstillbarer Nachblutung infolge von Arteriosclerose (No. 96),
1 an Embolie der Art. pulm. dextr.
1 an Sublimatintoxikation (No. 130),
1 an Emphysema pulmonum, Dilatatio cordis, Atheromatosis Aortae et coronariae und Aneurysma aorticum (No. 131).

Für die Berechnung der Mortalität sind die Fälle No. 30 und 131, sowie No. 82 nicht berücksichtigt worden; bei No. 30 bestand die Cystitis und Pyelonephritis infolge eines Abscesses zwischen Rectum und Blase schon vor der Operation und erklärt dieses Leiden an sich den erfolgten Tod, wie auch seine Erklärung bei No. 131 sich aus den angeführten Erkrankungen des Gefässsystems und der Lungen von selbst ergiebt. Die Narkose endlich bei No. 82 hätte auch wohl bei jeder anderen Operation den gleichen traurigen Ausgang gehabt; es bleiben somit 11 Fälle zu berücksichtigen, auf die Gesamtzahl berechnet 8%. Für die fernere Verwertung sind die Fälle auszuscheiden, bei denen keine späteren Nachrichten eingelaufen sind, der Erfolg der Operation also nicht zu kontrolieren war; ihre absolute Zahl beträgt 21 Fälle. Recidiviert — vollständiger oder nur mit Pessar zurückzuhaltender erneuter Prolaps — sind 9 Fälle 8,8%. Wesentliche Besserung, also Fälle mit leichter Inversion der Scheide, die keinerlei Beschwerden verursacht, wurde in 14 Fällen konstatiert 13,8%. Radikale Heilungen nach monate bis jahrelanger Beobachtung wurden 78 festgestellt oder 77,4%.

Von den 55 Ventrofixationenergeben sich 3 Todesfälle = 5,4%

1 an Peritonitis (No. 10),
1 an Jodoformintoxikation (No. 35),
1 an Darmverschluss infolge peritonitischer Verwachsungen (No. 40).

Nicht zu verwerten sind 5 Fälle, recidiviert 9 oder 19%, gebessert 7 oder 15%, geheilt wurden 31 Fälle 66%. Die Totalexstirpation hat also 2.55% mehr Todesfälle aufzuweisen, 10.2% weniger Recidive, 11,4% mehr Heilungen und 1,2% weniger Besserungen als die Ventrofixation. 2 Fälle die vergeblich mit Ventrofixotion behandelt wurden, heilten durch die Totalexstirpation. Von dem einen Falle liefen keine späteren Nachrichten ein, auch der andere wurde nur 2 Monate beobachtet und Heilung konstatiert. Von Interesse ist es, dass bei der Ventrofixation 10 mal beide Ovarien entfernt wurden, die Frauen also in 18% steril gemacht wurden.

An die Statistik der Fälle aus anderen Kliniken schliesse ich die Beschreibung der diesbezüglichen Fälle der Hallenser Klinik an.

## I. Totalexstirpationen.

1) Frau M. Ö., 53 J. J.-N. 315 Jahrg. 92/93.

Anamnese: Menses mit 15 Jahren; regelmässig, 4 wöchentlich, 3 tägig, schwach. Seit 31 Jahren verheiratet, 17 partus ohne Kunsthülfe. 1 Kind intra partum gestorben. (placenta praevia?) 1 Abort im 3. Monat, Wochenbetten glatt. Hat die ersten 10 Kinder gestillt. Seit 4 Jahren bemerkte Patientin den allmählich grösser werdenden Vorfall und starkes Drängen nach unten. Seit $^3/_4$ Jahren ist der Prolaps so bedeutend, dass Patientin nur gebückt und mit gespreizten Beinen gehen kann. Seit $^1/_2$ Jahr Brennen des Vorfalls beim Urinieren. Seit 1 Jahr starker Fluor und Kreuzschmerzen.

Befund. Inversio beider Vaginalwände, Cysto- und Rectocele, ausserdem liegt in dieser Inversio der kleine retroflektierte Uterus, dessen Fundus sich ausserhalb des Introitus abtasten lässt.

Operation. 10. März 93. Der vollständig prolabierte Uterus wird durch Gummischlauch blutleer gemacht und total exstirpiert, sehr leicht nach Abtragung von Blase und Rektum. Schluss des Peritoneums

und Schluss der Scheidenwand, Kolporrhaphie und Kolpoperineorrhaphie. 23 Tage p. op. geheilt entlassen. 22. 4. 95. Grosses Recidiv.

2) Frau W. M., 44 J. J.-N. 36 Jahrg. 93/94.

Anamnese: Menses seit 17 Jahren; regelmässig, 4 wöchentlich, 3 tägig, ohne Schmerzen. Seit November 91 Menopause. Verheirathet seit 20 Jahren, 2 spontane Geburten, Kinder leben. Letzter partus vor 16 Jahren. Beim ersten partus starke Zerreissung der Beckenweichteile. Seit 19 Jahren Prolaps 5 Wochen nach dem ersten Wochenbett gleich total. Ein eingelegter Meyerscher Ring fiel heraus. Hat nie Schmerzen empfunden. Häufiger Harndrang, Stuhl und Urin normal.

Befund: Vollständige Inversio beider Vaginalwände. Cysto- und Rectocele. Uterus in Retroversionsstellung, kann vor der Vulva vollständig umgriffen werden. Seitlich und oberhalb desselben fühlt man die descendierten Adnexe.

Operation: 23. 4. 93. Nach Reposition der Rectocele vaginale Totalexstirpation des Uterus. Längsschnitt von dem hinteren Scheidengewölbe nach dem Fundus über die ganze Länge der hinteren Uterusfläche. Über dem Fundus wird der Schnitt Yförmig weiter geführt. Uterus lässt sich leicht herausstülpen. Normale Adnexe beiderseits mit entfernt. Schluss der Peritonealhöhle. Extraperitoneale Einnähung der Stümpfe. 3 plastische Operationen und zwar 2 seitliche Excisionen und Kolpoperineorraphie. Am 20. Tage p. op. geheilt entlassen. Im März 1894 bietet Patientin ein vorzügliches Resultat.

3) Fr. B. J.-N. 63 Jahrg. 94.

Anamnese: Seit 1872 verheiratet, 3 spontane Geburten. Letztes Wochenbett fieberhaft, 10 Wochen. Menstruiert seit 14 Jahren regelmässig, 4 wöchentlich, 3—4 tägig, stark. Seit 1890 Drängen nach unten, Patientin bemerkte, dass besonders bei der Arbeit „etwas herauskam". Anfangs Fluor, jetzt nicht mehr. Wasserlassen ohne Beschwerden, Stuhlgang regelmässig, Ring ohne Erfolg getragen.

Äusserer Befund: Kleine gracil gebaute Frau in dürftigen Ernährungsverhältnissen. Abdomen schlaff aufgetrieben, nicht besonders druckempfindlich.

Innerer Befund: Aus der klaffenden Vulva drängt sich ein fast kindskopfgrosser Beutel vor, gebildet aus der total invertierten, mit epidermisähnlicher Oberfläche versehenen Scheide, gefüllt mit einer Anzahl Darmschlingen, einem Stück Rectum und einem grossen Stück Blase. Der Fundus uteri lässt sich ebenfalls vor die Vulva bringen, Prolaps schwer reponibel. Er drängt sofort wieder vor.

Therapie: 8. V. 94. Anfangs Äther- dann Chloroformnarkose. Totale Uterusexstirpation, Loslösung der Blase, Eröffnung des Douglas, Umsäumung der Scheide und des Peritoneum schrittweise. Abtragung der Lagmienta erst links, dann rechts. Rechte Tube und Ovarium werden für

sich abgetragen. Links Herausholen von Tube und Ovarium. Unterbindung peripher, so dass bei Loslösung des sich von selbst nach hinten ausstülpenden Uterus diese mit entfernt werden. Vollendung der Peritoneal-Scheidenschleimhautumsäumung. Quere Vereinigung der vorderen und hinteren Wand mit Eversion der Stümpfe, Kolporrhaphia anterior in grosser Ausdehnung. Jodgazetampon der Scheide, Wattetampon. Tbinde.

10. 5. Gaze entfernt. Kein Foetor, Urin spontan. Wohlbefinden bis auf Schlaflosigkeit. Mässiges Vordrängen der hinteren Scheidenwand.

15. 5. Völliges Wohlbefinden, minimale Sekretion.

19. 5. Sekretion stärker, gestern übelriechend, Puderung der zum Teil nekrotischen vorderen Vaginalwand mit Jodoform.

22. 5. Schleimhaut noch 1—2 cm über dem Wundrand nekrotisierend Entfernung der sichtbaren Nähte, Jodpinselung.

23. 5. Ausspülung. 25. 5. Jodpinselung.

30. 5. Schleimhaut nicht regeneriert. Pinselung mit Argentum nitricum.

2. 6. Gestern noch eitrige Sekretion, auch heute schmierige Scheidenwandungen. Trotzdem, da Patientin sehr drängt, Operation.

Aethernarkose: Nach sorgfältiger Reinigung der Vaginalwände und Pinselung mit Tinct. Jod. Kolpoperineorrhaphie nach Hegar.

15. 6. Bisher glatter Verlauf, Dammwunde gut aussehend.

18. 6. Sehr erholt. Geheilt entlassen.

19. 4. 95. Befinden gut. Kein Recidiv. Brief.

4) Frau A. R., 43 J. J.-N. 137 Jahrg. 94.

Anamnese: Seit 21 Jahren verheiratet, 6 normale Entbindungen, Wochenbetten glatt: Stillte selbst. Letzte Geburt 1885. Menstruierte vom 16. Jahre an alle 4 Wochen 3 tägig mässig stark ohne Schmerzen. Ihre Krankheit besteht seit 9 Jahren, seit dem letzten Wochenbett. Patientin stand am 3. Tage auf und arbeitete. Zuerst trug sie eine Binde und seit 2 Jahren einen Ring, der jedoch nicht hielt. Sie klagt über Schmerzen an dem Vorfall, Erbrechen, leichter Ermüdung, Schmerzen im Unterleib, Kreuz und Kopf. Wasserlassen gut.

Äusserer Befund: Abgemagerte, kleine Frau, Lungen gesund. 1 Mitralton blasend, am Pulmonalostium systolisches Geräusch, Leib schlaff aufgetrieben, nirgends empfindlich. Mammilla tertia 5 cm unter der linken Brustwarze.

Innerer Befund: Inversio vagina. Vorn und hinten 2 cm erhalten. Vaginalschleimhaut lederartig. An der vorderen Circumferenz ein fast 3eckiger Schleimhautdefekt. Cervix durchzufühlen, Fundus ohne Reposition nicht zu erreichen. Hinter dem Uterus ein mandelgrosses Ovarium zu fühlen. Links oberhalb des Ovariums die verdickte Tube.

Therapie: 7. VII. 94. Äthernarkose 250 gr. Narkose gut. Nach ihrer Beendigung kleiner Puls. 1 Spritze Kampher. Fassen der Portio mit Muzeux, vollständige Umschneidung, Lospräparieren des Cervix.

Starke Blutung. Nachdem der Cervix circa 5 cm ringsherum gelöst ist, gelingt es nach anstrengendem Suchen den offenbar verklebten Douglas zu eröffnen, sowie nach Einführung eines Katheters die Fossa vesico-uterina, schrittweise Umsäumung des parametranen Bindegewebes, Abtragung der Ligamenta lata nach Unterbindung (kaum Blutung) bis der Uterus umgestürzt vor die Wundöffnung kommt, Vorziehen des linksseitigen Hydrosalpinx, Spermatikalbündel peripher unterbunden und durchschnitten, rechterseits ebenso. Das umsäumte Peritoneum wird durch Katgutnaht verschlossen, Schluss des Scheidengewölbes durch eine in der Mitte angelegte Naht. Jodeformstreifen. Tamponade der Vagina Tbinde. Über Mittag sehr viel Brechen, Puls sehr klein 60 steigt 72.

8. 7. Patientin abgesehen von Kopfweh gut erholt, Urin durch Katheter entleert, spärlich, etwas dunkel. Blähungen auf Glycerinklysma am Abend.

9. 7. Kopfweh, Fieber (Abends 39,3 in axilla.) Keine Druckempfindlichkeit im Abdomen, zu wenig abgehende Blähungen machen viel Beschwerden. Urin durch Katheter entleert 900,0 klar etwas dunkel.

10. 7. Urin gestern abend zum ersten Mal spontan, heut wieder. Subjektiv Wohlbefinden, keine Kopfschmerzen, Abdomen weich, geringer, etwas blutender übelriechender Ausfluss. Vaginale Ausspülung. Temparatur 39,2 Puls 66.

11. 7. Nichts Neues T. 39,0. P. 72. Wieder 2 vaginale Ausspülungen. Die Scheide durch Oedem der Wand etwas verengt. Leise Berührung schmerzhaft.

Trotz Kalomel und Einlauf wenig Stuhlgang, Abdomen leicht tympanitisch, druckempfindlich. Herausnahme einiger Nähte, wodurch offenbar retinierter Eiter Abfluss findet. Man kommt längs des Scheidengewölbes in einen über wallnussgrossen Recessus. Die ganze vordere Scheidenwand zeigt in der Mitte nekrotische Verfärbung z. T. Abstossung der Schleimhaut. Nach Ausspülung Jodoformgaze. Abends entfernt mit fötidem Eiter.

13. 7. zweimalige Ausspülung. Weniger übelriechender und weniger reichlicher Eiter. T. 38,2.

18. 7. Patientin sieht elend aus, fühlt sich jedoch sehr wohl. Scheidensekretion immer noch übelriechend. Beim Nachsehen der Wunde lässt sich ein Zweimarkstückgrosser Schorf mit einigen Fäden leicht entfernen. Die übrigen Fäden folgen zum Teil auf leichten Zug. Links oben hängen noch einige mit einem dicken Gewebsfetzen ausserordentlich fest.

20. 7. Patientin dauernd fieberfrei, Sekretion und Fötor lassen nach. Gestern ging der beschriebene Fetzen nach Scheidenausspülungen ab.

28. 7. Aethernarkose (280,0). Modifizierter Lawson-Tait. Abtragung eines Teils des Lappens.

3. 8. Glatter Verlauf, einige stechende Drahtenden abgebogen.

8. 8. Gestern Fäden entfernt. Prima intentio, enge Vulva.

18. 4. 95. Vorzügliches Resultat konstatiert durch den Hausarzt.

5) Frau W. J., 47 J. J.-N. 55 Jahrg. 1894.

Anamnese: Verheiratet seit 18 Jahren, 5 pathologische Geburten. (Fusslagen)? Letzte Geburt in hiesiger Anstalt. Alle Kinder starben während oder kurz nach der Geburt, 3. Wochenbett vor 15 Jahren fieberhaft, die übrigen glatt. Menses seit 18 Jahren regelmässig, 4wöchentlich, 4tägig, stark mit Leib und Kreuzschmerzen. Bei der letzten Entbindung vor 10 Jahren geringer Descensus vaginae, er nahm ohne Beschwerden zu und wurde vor 2 Jahren total. Beschwerden beim Gehen und Sitzen; viel geschwürige Processe. Anfangs war der Prolaps leicht, im letzten Jahr mit Schmerzen reponibel. Heftige Kreuzschmerzen. Stuhlgang regelmässig. Urinlassen etwas erschwert.

Äusserer Befund: Mittelgrosse Frau von blasser Gesichtsfarbe. Zahlreiche Variolanarben. Brustorgane gesund, Abdomen schlaff aufgetrieben, bei stärkerer Palpation schmerzhaft.

Innerer Befund: Vor der Vulva hängt die total invertierte Scheide mit dem retroflektierten nicht besonders grossen Uterus. In der Nähe nach hinten thalergrosses Geschwür mit schmutzigem Belag. Reposition des Uterus in die Scheide gelingt mit einiger Mühe. Starke Cysto- und Rektocele.

Therapie: 4. Mai 94. Chloroformnarkose. Totalestirpation. Nach Auslösung des Uterus circuläre Vernähung des Peritoneum mit der Scheidenwandung, schliesslich querer Peritonealverschluss von vorn nach hinten. Die in die Winkel eingenähten Stümpfe der Ligamente (beide Adnexe mit entfernt) möglichst evertiert.

5. 5. Patientin hat nicht gebrochen, Kreuzschmerzen, die Nacht auf 0,012 Morphium gut geschlafen. Urin spontan.

8. 5. Blähungen am 3. Tage auf Einlauf. Wohlbefinden.

10. 5. Gaze entfernt.

11. 5. Bei Spreitzen der Beine wird die Scheidenwand etwas in der Vulva sichtbar. Wegen leicht fötiden Sekrets eine leichte Vaginal ausspülung mit Lysol.

14. 5. Bepudern der in der Vulva sichtbaren hinteren Vaginalwand mit Jodoform.

8. 5. Behufs Reinigung des Operationsfeldes zur Perineorrhaphie Herausnahme aller Fäden ausser einem. Stark übelriechende Sekretion. Jodoformpuder.

9. 5. Chloroformnarkase Kolpoperineorrhaphie. Ziemlich grosser Scheidenlappen von unten nach oben losgelöst. Draht, Catgut. Patientin klagt nach der Operation über Kreuzschmerzen, Stechen unten. 0,008 Morphium.

22. 5. Stechen am Damm, Jodoformgaze.

26. 5. Nichts Neues.

30. 5. Ohne Beschwerden 31. 5. geheilt entlassen.

19. 4. 95. Befinden gut. Kein Recidiv. Brief.

6) M. B., 45 J. J.-N. 370 Jahrg. 94/95.

Anamnese: Verheiratet seit 1880 V p. alle normal. Erste Menstruation mit 24 Jahren 4wöchentlich regelmässig 8tägig, Kreuzschmerzen. Seit 2 Jahren Menopause. Seit 82 Vorfall. Ring fiel heraus, sonst nichts gethan.

Befund: Vulva klafft. Damm bis auf 1 cm dünnen häutigen Rest zerrissen. Vagina weit, vor der Vulva liegt nach geringen Anstrengungen der gesamte senil involvierte Uterus in Retroflexio III. Vordere Vaginalwand völlig, hintere zum grossen Teil invertiert. In der vordere grosse Cystocele in der hinteren der ganze Douglas. Rektum nicht prolabiert. An der hinteren Lippe oberflächliches, unregelmässiges, thalergrosses Ulcus. Cevixcanal geschlossen, os externum klaffend.

Therapie: 7. II. 95. In Äthernarkose 250,0 Totalexstirpation. Umschneidung der Portio, Freilegung der Cervixkanten, beiderseitige Ligierung einfach, da die Eröffnung des vorderen Douglas Schwierigkeiten macht, wird von derselben Abstand genommen und zunächst der rechtsseitige hintere Douglas eröffnet und die Ligamente nach ausgeführtem Culbute von links nach rechts leicht abgebunden. Wegen stärkerer venöser Blutung Schwierigkeiten bei Abtragung des vorderen Douglas, der schliesslich nach Ligierung der linken Uterina abgetragen wird. Excision eines grossen nach unten konkaven Stückes aus dem hinteren Douglas und Vaginaltasche, Verschliessung des Peritoneum mit Catgut, der Scheide mit Seide. Jodoformgazetamponade.

9. 2. Tampons entfernt.

28. 2. Kolpoperineorrhaphie.

11. 3. Mit gut granulierender Wunde nach Entfernung der meisten Fäden entlassen. Dann gut geschlossen.

## II. Ventrofixationen.

1. Ba. H., 21 J., Op. J.-N. 377. Jahrg. 1889.

Anamnase: Menses mit 14 Jahren regelmässig 4 wöchentlich. Vor circa 3 Jahren trat nach schwerer Arbeit eine Geschwulst vor die Rima. Derselbe Zustand besteht zur Zeit noch.

Befund: Virginelle Portio 3,5 cm lang; äusserer Muttermund in der Rima sichtbar, leicht reponibel, beweglich. Cavum uteri um 2.5 cm vergrössert. Rechtes Ovarium hühnereigross, leicht beweglich in der Höhe des inneren Muttermundes. Linkes Ovarium wallnussgross platter, fester und unebener in derselben Höhe wie rechtes.

Therapie. 13. 2. 89. Laparotomie. Schnitt knapp 10 cm, Ovarien leicht zu fassen, werden mit ihren Tuben durch Ligaturen gesichert und

entfernt. Uterus vaginal in die Höhe gedrängt, mit Catgut an das Peritoneum angeheftet, fortlaufend Catgutnaht des Peritoneum. Bauchdeckennaht.

Verlauf. Steht seit dem 14. Tage auf, am 18. Tage wird Vorfall der vorderen Scheidenwand konstatiert.

12. 2. 92 deutlicher Prolaps der vorderen Vaginalwand.

16. 2. 92 Neugebauersche Operation, halbkreisförmige Anfrischung der vorderen und hinteren Vaginalwand. Hintere Vaginalwand mit Catgutfäden, vordere mit Silberdraht vernäht. Die Anfrischung ist etwas zu weit nach hinten verlegt und wird deshalb zur Verengerung des Introitus noch eine Kolpoperineorrhaphie angeschlossen.

29. 2. 92 geringer Descensus vag. ant. Entlassen.

2. Fr. Z., 41 J. J.-N. 439. Jahrg. 1890/91.

Anamnese. Seit 20 Jahren verheiratet, 3 Partus, letzte Entbindung vor $8^1/_2$ Jahren. Menses regelmässig, 4wöchentlich 3tägig schwach ohne Molimina. L. M. M. Mitte Dezember 90. Gravitas ausgeschlossen. Seit der letzten Geburt geringer Vorfall. Seit einem Jahr Zunahme des Abdomen, in letzter Zeit sehr stark. Gefühl von Spannen und Drängen, Harndrang. Prolaps infolge der Geschwulst grösser geworden.

Äusserer Befund. Cachektische Frau, Abdomen stark aufgetrieben, Nabel verstrichen. Im Hypo- und Mesogastrium sowie in der Lumbalgegend gedämpfter Schall. Dämpfung nach oben konkav. Bei Seitenlage wird die nach oben gelegene Lumbalgegend tympanitisch. Fluktuation. Rechts vom Nabel undeutlich ballotierender Tumor.

Innerer Befund: Totalprolaps der Scheide, ausgedehnte Cystocele, geringe Rectocelle, Prolaps leicht reponibel. Diagnose: Maligner partiell geplatzter Ovarialtumor (Cystom) Prolapsus totalis.

Operation 28. 2. 91. Laparotomie. Es entleeren sich circa 8 Liter hellgelber Flüssigkeit von Syrupkonsistenz. Es präsentiert sich ein mannskopfgrosses Cystoma multiloculare ovarii dextri. An der Wand alte Perforationsstelle. Erweiterung des Bauchschnitts, Entwickelung des gestielten Tumors. Typische Ligatur und Entfernung. Linkes Ovarium ebenfalls entfernt. Uterus wird emporgezogen, die Gegend über dem Os interum mit Drahtsuturen ans Periost der Symphyse genäht. Seidene Suturen befestigen den Fundus an die Bauchwand, Prolaps bis auf geringe Inversion des vorderen Scheidengewölbes gehoben. Schluss des Peritoneums mit fortlaufenden, der Bauchwunde mit Knopfnähten. Heilung abgesehen von einem infolge von Thrombose der rechten Saphena magna eintretenden Oedems des bezüglichen Beines normal.

Befund bei der Entlassung. Prolaps verschwunden, die vordere Vaginalwand tritt auch bei stärkstem Pressen nicht in die Vulva. Uterus anteflektiert, mit dem Fundus an die vordere Bauchwand fixiert.

24. Sept. 94. Regel ausgeblieben, fühlt sich sehr wohl, hat gar keine Beschwerden, auch der Vorfall ist geheilt.

3. Frau P. S., 41 J. J.-N. 91. Jahrg. 92/93.

Anamnese. Menses seit dem 16. Jahre 4wöchentlich, regelmässig 3—4 Tage stark. 5 spontane Geburten, Wochenbetten glatt, letztes vor 11 Jahren. Seit dem letzten Wochenbett mässiger Vorfall, der immer grösser wurde. Menses regelmässig, öfters Urinbeschwerden, Schmerzen in rechter Bauchgegend.

Befund. Erweiterung der Bauchdeckenvenen, tympanitischer Schall. Undulation nachzuweisen, härtere Teile nicht durchfühlbar.

Therapie: 11. 6. 92. Entfernung der rechtsseitigen Ovarialcyste, Fixation des Corpus uteri an die vordere Bauchwand und Symphyse.

12. 7. Uterus an die Bauchwand fixiert. Geringer Scheidendescensus.

24. 11. 94. Ist arbeitsfähig wie früher, Periode regelmässig, keine Beschwerden.

4. B. St., 53 J. J.-N. 347. Jahrg. 94.

Anamnese: Seit 1873 verheiratet, 2 Geburten. Schwere Wochenbetten mit Fieber. Menses mit 18 Jahren 4wöchentlich, regelmässig 4—6tägig, sehr stark. Schmerzen vor und nach der Regel. Seit 16 Jahren unregelmässig 14tägig bis alle 3 Wochen. Im Jahre 88 alle 8 Tage, seit 89 blutet sie fast beständig. Patientin lag meist zu Bett, 90 Prolapsoperation, seitdem 14 tägig bis 3wöchentlich regelmässig ohne Beschwerden. Vater starb an Brustkrankheit, Mutter lebt und ist gesund. Als Kind war Patientin beständig krank, dann abgesehen von den fieberhaften Wochenbetten gesund bis 89; dann starke Blutung, Magendarmkatarrh, Blasenkatarrh etc. etc. im Ganzen 15 Wochen. Mit Tropfen etc. behandelt. Am 4. August 90 Operation wegen eines beim 2. Partus beobachteten Prolapses, am 26. August entlassen. Vorfall blieb bis Ende 91 weg, dann Drängen nach unten Blutungen. Der Arzt verschrieb Sekale. Patientin kümmerte sich nicht um ihr Leiden bis sie kurz vor Weihnachten 94 eine Anfrage der Klinik wegen ihres Befindens erhielt. Sie wurde infolge des Recidivs zu einer erneuten Operation herbestellt.

Äusserer Befund: Grosse, gut genährte Patientin, Herz und Lunge ohne Besonderes. Unter dem linken Rippenbogen ein hühnereigrosses Lipom der Bauchdecken in der Axillarlinie. Contrakturen des kleinen und Ringfingers in der 1. Phalanx. Auf dem Beckenboden sieht man eine Reihe alter Stichkanäle, trotzdem klafft die Vulva. Bei mässigem Pressen tritt die ganze vordere Vaginalwand hervor.

Innerer Befund. Portio in der Führungslinie, Uterus gross, auf der vorderen Wand kirschgrosses Myom. Uterus retroflectiert. Adnexe frei.

Therapie. 16. 1. 95. Äethernarkose 380,0. Kastratio Ventrofixatio uteri, Enucleation eines kleinen Myoms. Bauchschnitt 12 cm lang bis nahe der Symphyse, Peritoneum entsprechend eröffnet, Vernähung mit den Hauträndern. Adnexe nach Aufrichtung des Uterus mit halber Hand leicht vorgezogen. Beiderseits nach typischer Doppelunterbindung abgetragen, Paquelin, versenkt. Uterus in die Bauchwand vorgezogen, eine Drahtnaht im Wundwinkel durch Fascie, Peritoneum, vordere Uteruswand. Fortlaufende kurze Peritonealnaht. Drahtnaht der Bauchdecken, Narkose durch Respirationsstörung und Erbrechen unterbrochen.

19. 1. Pat. klagt über Schmerzen im rechten Arm und in der rechten Seite, daselbst abgeschwächtes Atmen.

21. 1. Faradisation des rechten Armes.

22. 1. Drähte entfernt wegen Eiterung. Patientin wird täglich verbunden.

25. 1. Entfernung der letzten Nähte, Infiltrat. Um die ganze Wunde feuchter Verband.

26. 1. Einlegung von Jodoformgaze, Femoralis Thrombose.

29. 1. Durchtrennung der Brücke zwischen oberem und unterem Wundtrichter. Austamponierung mit Jodoformgaze.

15. 2. Thrombose fast verschwunden.

25. 2. Wunde fast geschlossen. Fussschmerzen, leichtes Knöchelö lem.

1. 3. Nachts plötzlich Kolikanfall (Leberembolie? Gallensteinkolik?)

2. 3. Andauernde Schmerzen, Lebergegend empfindlich.

3. 3. Vollkommner Ikterus. Harn reichlich, Gallenfarbstoff, Leber deutlich vergrössert. Morphin.

8. 3. Befund bei der Entlassung: Uterus der Bauchwunde anliegend, wenig vergrössert, überragt den arcus um 2 Finger.

5. Fr. Bl., 30 J. J.-N. 277. Jahrg. 90/91.

Anamnese. Vor 7 Jahren 1 Geburt. Menses regelmässig vierwöchentlich 3—4tägig. Molimina. Im Dez. 89 nach längerem Ausbleiben der Regel eine 14tägige Blutung mit Abgang von Fetzen. Wurde nach dem letzten Partus klinisch mit Pessar behandelt wegen Retroflexio, das sie aber weggelassen hat. Kreuzschmerzen und Stuhlbeschwerden. Dysmenorrhöe. Vom 24. 3. bis 1. 4. 90 mit Jodglycerin und Elektricität behandelt. Kommt mit denselben nervösen Beschwerden und dem Wunsche etwas gegen ihre Sterilität zu thun.

Status. Vagina mässig weit, Portio etwas verdickt, Uteruskörper retroflektiert, fixiert durch perimetrische Stränge, geringer descensus vag. post.

5. 10. 90. Laparotomie. Mässig grosser Bauchschnitt. Adnexe durch zahlreiche Adhäsionen fixiert, die stumpf getrennt werden. Links gelingt es dieselben in die Bauchwand zu heben. Linkes Ovarium klein-

cystisch degeneriert. Die Fimbrien der Tube complet verschlossen und dem Ovarium angelötet Trennung der Verbindungsstelle. Rechtes Ovarium konnte nicht zur Ansicht gebracht werden. Fingerheben des Uterus von der Vagina aus und Naht desselben an die vordere Bauchwand, zunächst durch 3 Seidennähte; letztere fassen Muskulatur und Peritoneum jederseits in der Mitte etwa 1 cm in der Uterusmuskulatur verlaufend. Zum Schluss wird noch eine Drahtsutur durch das Periost beider Schambeine und den Uterus gelegt. Unmittelbar nachher Lawson-Tait nach Doléris wegen Ruptura perinei incompleta.

6. X. Verlauf zufriedenstellend, Urin spontan, kein Erbrechen, geringer Durst, mässige Blähungsbeschwerden.

10. X. Immer noch Blähungsbeschwerden neben anderen nervösen Quereleien. Wieder Elektricität, kleine Morphiumdosis.

19. X. Geheilt entlassen.

12. IX. 92. Klagt über zahlreiche nervöse Störungen. Periode regelmässig. Uterus anteflectiert dicht hinter der Symphyse. Links Tumor tubo-ovarialis.

6. Frau M. B., 36 J. J.-N. 30. Jahrg. 93|94.

Anamnese. Seit 13 Jahren verheiratet, 5 Partus, 4 Wochenbetten normal. Im letzten schwach aber ohne Fieber und Schmerzen. 1 Abort im 5. Monat. Menses seit 14. Jahre regelmässig 3wöchentlich 7—8tägig sehr stark mit Schmerzen und Fluor, in den letzten Jahren unregelmässig 3—4wöchentlich 8—21tägig noch stärker als früher mit Schmerzen. Seit mehreren Jahren klagt sie über stechende Schmerzen im Unterleib, namentlich während der Menstruation. Stuhl ohne Besonderheiten. Seit 3 Wochen Schmerzen beim Wasserlassen. Im Oktober 92 Curettement ohne Erfolg. Meyerscher Ring sass nicht. Vor 3 Wochen achterförmiges Pessar; fiel ebenfalls heraus.

Äusserer Befund. Mittelkräftige Frau, gesund aussehend. Herz und Lungen normal.

Innerer Befund. Descensus vaginae utriusque mässigen Grades, leichte Cysto- und Rektocele, Descensus uteri. Uteruskörper apfelgross, sehr derb in schlaffer Retroflexio. Adnexe frei.

Therapie. 25. 5. 93. Laparotmie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle, Uteruskörper retroflektiert in der Kreuzbeinaushöhlung gefunden. Beide Ovarien mit Tubenstümpfen in typischer Weise entfernt. Der Uteruskörper wird mit Catgutnähten an das Periost des oberen Symphysenrandes fixiert. Typischer Verschluss der Bauchwunde.

Am 3. Tage Blähungen, am 4. Urin spontan.

Am 8. Tage Stuhlgang auf Calomelpillen.

Am 10. Tage Entfernung der Nähte.

Kleine Eiterungen am unteren Wundwinkel (Ventrofixationsnaht). Tägl. Ausspülungen.

Am 22. Tage p. op. geheilt entlassen; nur noch Spuren von Eiter in unteren Wundwinkel. Wunde per primam geheilt. Uterus in Anteflexio.

Sommer 94. Sehr gutes Resultat, Uterus klein, liegt nahezu ideal im Becken in Anteversio. Molimina climakterii.

7. Frau D., 33 J. J.-N. 209. Jahrg. 92/93.

Anamnese. Seit 10 Jahren verheiratet, 5 spontane Geburten, glatte Wochenbetten, das letzte vor $2^1/_2$ Jahren, 1 Abort vor 4 Monaten. Menses mit 20 Jahren regelmässig 4 wöchentlich 8tägig stark. Seit $^1/_2$ Jahren Schmerzen in der linken Seite. Seit 4 Monaten (Abort) bemerkte Patientin Anschwellung des Leibes. Periode immer regelmässig, keine Urinbeschwerden. Schmerzen strahlen ins linke Bein.

Äusserer Befund. Kräftige, wohlgebaute Frau mit gesunden Brustorganen.

Innerer Befund. Vagina weit, hochgradiger Prolaps der hinteren und vorderen Scheidenwand und des Uterus, Corpus uteri gross. Links neben dem emporgehobenen Uterus liegt eine kindskopfgrosse, längliche Geschwulst von höckeriger Oberfläche und prall elastischer Consistenz. Dieselbe liegt im kleinen Becken, es um 2 Finger breiten überragend. Leicht beweglich. Rechts oberhalb des Beckens liegt ein gleicher Tumor von derselben Grösse und Beschaffenheit, noch freier beweglich. Mit ihm lässt sich auch der vorher prolabierte Uterus emporheben.

12. 11. 92. Laparotomie. Beide Geschwülste lassen sich, da kaum Adhäsionen vorhanden, leicht abtragen. Das Corpus uteri wird darauf mit 3 Seidennähten am oberen Rand der Symphyse fixiert. Ventrofixatio uteri. Beide Tumoren stellen multiloculaere Ovarialkystome vor, mit dünner Wand ohne irgend welche Wucherung an der Innenfläche.

13. 11. Blähungen, spontane Urinentleerung.

21. 11. Entfernung der Bauchnähte, der untere Wundwinkel secerniert etwas.

27. 11. Eiterung aus dem untersten Wundwinkel. Extraktion eines Seidenfadens. (Ventrofixation).

5. 12. (24 T. p. op.) Entfernung eines zweiten Fadens.

10. 12. Granulation sieht rein aus und secerniert nicht mehr. (Ein dritter Faden wurde in den letzten Tagen gesucht aber nicht gefunden). Entlassen.

25. 9. 94. Kreuz- und Magenschmerzen, Vorfall wieder eingetreten, nicht so stark wie früher.

---

Eine bestimmte Indikation, warum in den einzelnen Fällen eine Totalexstirpation, in den anderen eine Ventrofixation gemacht würde, lässt sich auch aus diesen Krankengeschichten nicht ersehen; ausgenommen natürlich in den Fällen, wo die Frauen im jugendlichen, geschlechtsthätigem

Alter standen. Hier wurde auch, um die Fertilität zu erhalten, die Ventrofixation bevorzugt. Von den 5 Fällen der Totalexstirpation (der letzte Fall der W. B. musste als noch zu frühen Datums unberücksichtigt gelassen werden) gelangten 4 Fälle zur definitiven Heilung, ein Fall der Ö. recidierte. Von den 6 Fällen von Ventrofixationen, wenn man auch hier von dem Fall der Frau St. als zu neu absieht, gelangten 4 Fälle zur definitiven Heilung, während 2 recidivierten. Letaler Ausgang im Anschluss an die Operation wurde bei keiner beobachtet.

Im Procentzahlen ergaben sich folgende Werte:

| Totalexstirpation: | Ventrofixation: |
|---|---|
| Heilungen 80% | 66,6% |
| Besserungen 0% | 0% |
| Recidiv 20% | 33,3% |

Die Werte aus der oben angeführten Statistik waren:

| Totalexstirpation | Ventrofixation: |
|---|---|
| Heilungen 77,4% | 66% |
| Besserungen 13,8% | 15% |
| Recidive 8,8% | 19% |
| Todesfälle 8% | 5,45% |

Aus diesen Zahlen ergiebt sich, dass keine der beiden Operationsmethoden besonders günstigere Erfolge vor der anderen zu verzeichnen hatte; doch scheint die Totalexstirpation, als die radikalere Operation, eine bessere Prognose zu bieten, da sie, wie erwähnt, die bei jeder Laparotomie zu befürchtende Folge der Hernia abdominalis ausschliesst, und trotz des manchmal recht bedeutenden Blutverlustes gewöhnlich leicht ertragen wird; im grossen und ganzen aber sind beide Operationen, von geschickten Operateuren ausgeführt, für gleich berechtigt und gleich wertvoll zu erachten.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Fehling, für die gütige Überweisung der Krankenjournale und die mir bei Abfassung dieser Arbeit freundlichst erteilten Ratschläge meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

# Litteratur.


Leopold. Achtundvierzig Totalexstirpationen des Uterus wegen Carcinom, Totalprolaps und schwerer Neurosen. A. f. G. Bd. XXX, Heft 3.

A. Martin. Über die Combination des Exstirpatio uteri vaginalis mit plastischen Operationen im Becken. Berl. Klin. Wochenschrift 1891 No. 45.

Fraipont. De l'hysteropexie abdominale. Bruxelles 1890.

Gaston Lanique. De l'hystérectomie vaginale totale appliquée au traitement du Prolapsus utérin complet. Nancy 1894.

Dumoret. Laparo-hysteropexic contre le prolapsus utérin. Paris 1889.

Münchmeyer. Über die Endergebnisse und weitere Ausdehnung der vaginalen Totalexstirpation der Gebärmutter. A. f. G. XXXVI, Heft 3.

Kaspar Wolf. Ueber ventrale Fixation bei Lageveränderungen des Uterus. Diss. inaug. Basel 1892.

Alex. Strelin. Die ventrale Fixation als Mittel zur Hebung des Prolapsus uteri. Diss. inaug. Bern 1890.

Ernst Bion. Resultate der Ventrofixatio uteri. Diss. inaug. Zürich 1892.

R. Kaltenbach. Zur Therapie der malignen Neubildungen des Uterus. Hegarsche Festschrift 1889.

Heinrich Fritsch. Die Krankheiten der Frauen. 1892.

Herbst. Historisch-kritische Darstellung der Operationen des Prolapsus uteri. Diss. inaug. Halle 1881.

Karl v. Rokitansky. Die Operationsmethoden des Prolaps. Wiener med. Presse 1879, No. 3—10.

# Lebenslauf.

Ich, Johannes Rauhut, katholisch, wurde geboren am 5. März 1870 als der Sohn des schon im Jahre 1871 verstorbenen Apothekenbesitzers Wilhelm Rauhut zu Neurode in Schlesien. Ich besuchte die Elementarschule meiner Vaterstadt, das städtische Progymnasium zu Frankenstein in Schlesien, sowie das Königliche Gymnasium zu Glatz. Ostern 1890 verliess ich das letztere mit dem Zeugniss der Reife, um mich dem Studium der Medicin zu widmen. Zu diesem Behufe bezog ich die Universität Breslau, die ich nach einem Semester mit der Universität Berlin vertauschte. Dort bestand ich am 24. Februar 1892 das Tentamen physicum und wandte mich wiederum nach Breslau, wo ich das Sommersemester 1892 im Grenadier-Regiment Kronprinz Friedrich Wilhelm (2. Schles. No. 11) diente und während des Wintersemesters meine Studien fortsetzte. Im folgenden Sommersemester bezog ich die Universität Kiel, die ich Ostern 94 verliess, um in Halle meine Studien fortzusetzen. Am 28. Mai bestand ich das examen rigorosum.

Ich besuchte die Curse, Collegien und Kliniken folgender Herren Professoren:

In Breslau:

Cohn, Born, Kast, Flügge, Fränkel, Ponfik,

in Berlin:

Du Bois-Reymond, Waldeyer, Schulze, v. Hoffmann, Kundt, Hertwig,

in Kiel:

von Esmarch, Quincke, von Stark, Werth, Glaevecke, Heller, Bier,

in Halle:

Ackermann, von Bramann, Fehling, Harnack, von Hippel, Hitzig, von Mering, Pott, Weber, Kromeyer, von Herff.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern sei auch an dieser Stelle herzlichst gedankt.

# Thesen.

I.

Schwere Formen von Prolaps rechtfertigen ein eingreifendes operatives Verfahren, wie es die Totalexstirpation und Ventrofixation ist.

II.

Die wesentlichste Rolle bei der Prognose der croupösen Pneumonie spielen die individuellen Verhältnisse der befallenen Patienten.

III.

Die Fractura pelvis erhält ihre klinische Bedeutung wesentlich durch die Verletzungen der innerhalb des Beckens gelegenen Organe.